

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° 83

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par **Charles-Emile LEGRAIN**

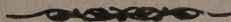
Né le 24 janvier 1899 à Bougie (Constantine)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE SYPHILITIQUE

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Président : M. Ch. ACHARD, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1925

83

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— ANNÉE 1925 —

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par Charles-Emile **LEGRAIN**

Né le 24 janvier 1899 à Bougie (Constantine)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
SYPHILITIQUE

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Président : M. CH. ACHARD, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

===== PARIS, 1925 =====

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.	JEANNIN.
	J.-L. FAURÉ.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI . . . Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. . Pathologie médicale.	LE LORIER . . . Obstétrique.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
BAUDOUIN. . Pathologie médicale.	LEMIERRE. . . Pathologie médicale.
BINET . . . Physiologie.	LÉVY-SOLAL . . Obstétrique.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.	LHERMITTE . . Pathologie mentale.
BRANCA . . . Histologie.	LIAN . . . Pathologie médicale.
BRULÉ . . . Pathologie médicale.	MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
BUSQUET . . . Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER . . . Obstétrique.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.	MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . . Histologie.	MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.	MOURE. . . Pathologie chirurgicale.
CLERC . . . Pathologie médicale.	MULON. . . Histologie.
DEBRÉ. . . Hygiène.	PHILIBERT. . . Bactériologie.
I. de JONG. . Anatomie pathologique.	RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.	RICHET Fils . . Physiologie.
ÉCALLE . . . Obstétrique.	ROUVIÈRE. . . Anatomie.
FIESSINGER . Pathologie médicale.	N. Physique médicale.
FOIX . . . Pathologie médicale.	TANON. . . Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expériment ^{le}	TIFFENEAU . . Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER . . . Pathologie médicale.	VAUDESCAL . . Obstétrique.
HEITZ-BOYER. Urologie.	VERNE. . . Histologie.
HOVELACQUE . Anatomie.	VILLARET . . . Pathologie médicale.
JOYEUX . . . Parasitologie.	WELTER . . . Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
CAMUS. . . Physiologie.	REITTERER . . Histologie.
GOUGEROT. . Pathologie médicale.	ROUSSY . . . Anatomie pathologique.
GUENIOT . . . Obstétrique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY. . .	Clinique médicale.
LEREBoullet . .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale
LERI	Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Clin. ophtalmologique.
LÉPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . . .	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
N...	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE Dr ÉMILE LEGRAIN

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur ACHARD

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur DESMAREST

M. le Professeur FOIX

M. le Professeur THIROLOIX

M. le Dr MAUCLAIRE

M. le Dr BABONNEIX

M. le Dr FÉLIX RAMOND

M. le Dr LESAGE

A M. le Dr MARCEL PINARD

*Qui a inspiré et guidé celle
thèse et à qui nous sommes
profondément reconnaissant de
l'affectueuse bienveillance qu'il
nous a toujours témoignée.*

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE SYPHILITIQUE

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle est un syndrome dont on connaît l'extrême fréquence à l'âge moyen de la vie et au seuil de la vieillesse. Mesurer la tension artérielle est devenu maintenant un acte automatique pour tout médecin examinant un malade ayant atteint la quarantaine.

Cependant l'hypertension artérielle est une nouvelle venue de la pathologie. Si le sphygmanomètre du professeur Patain remonte déjà à 1884, ce n'est guère que depuis une vingtaine d'années que nous disposons d'appareils pratiques laissant peu de place à l'erreur. C'est dire que l'étude de l'hypertension artérielle n'a pas encore derrière elle un long passé d'observation. Cependant dans ces quinze dernières années principalement un grand nombre de documents ont été accumulés. Mais l'hypertension artérielle n'est pas une maladie à proprement parler. C'est une réaction de l'organisme, une réaction de défense souvent par exemple dans le cas de néphrite hypertensive. Il n'y a pas une hypertension artérielle il

il y a des hypertensions. C'est ce qui explique l'incertitude qui plane sur bien des chapitres de ce syndrome.

Nous n'aurons pas dans ces pages à nous occuper du mécanisme intime de l'hypertension. Les discussions pathogéniques sortent entièrement du cadre que nous voulons nous imposer. Nous ne pourrions qu'énoncer les deux théories actuellement en présence : celle soutenue par M. le professeur Widal : l'hypertension est toujours d'origine rénale, l'imperméabilité rénale étant à la base du processus.

La théorie soutenue par M. le professeur Vaquez proclamant que l'hypertension artérielle est un syndrome indépendant de toute lésion rénale et commandé par l'état du système chromaffine.

Nous croyons utile de relater les travaux de MM. Vaquez et Aubertin qui à l'autopsie de malades atteints de néphrite chronique hypertensive syphilitique ont constaté la présence de capsules surrénales hypertrophiées et adénomateuses.

D'ailleurs la question du mécanisme des hypertensions reste encore à élucider. Les solutions proposées ne répondent pas à tous les cas particuliers aussi bien pour les hypertensions dont l'étiologie est inconnue que pour les hypertensions syphilitiques.

Si les résultats du traitement ont prouvé que l'infection syphilitique était à la base de certaines hypertensions nous ignorons par quel mécanisme la médication agit. Nous savons cependant que la syphilis est une infection qui se localise d'une façon élective et presque constante sur les parois artérielles, l'on peut penser que le traite-

ment agit sur les lésions des vaisseaux et l'on peut émettre l'hypothèse que l'état des tuniques artérielles joue un rôle dans le mécanisme des hypertensions syphilitiques.

Dans ces quelques pages nous avons voulu simplement appeler l'attention sur les résultats que l'on peut obtenir en mettant en jeu dans les hypertensions syphilitiques un traitement étiologique.

Après un rapide exposé de l'état de la question des hypertensions syphilitiques nous apportons quelques observations de malades dont l'hypertension artérielle est liée d'une manière certaine à la syphilis et chez qui le traitement nous a permis d'obtenir non seulement une amélioration de l'état général, une diminution des symptômes voire même leur disparition mais aussi une baisse de la tension artérielle.

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET LA SYPHILIS

La syphilis agrandit chaque jour son domaine dans la pathologie viscérale. La tendance actuelle est de lui faire une part de plus en plus considérable dans la pathogénie des hypertensions.

La logique du reste voulait qu'il en fut ainsi. La syphilis est une infection dont il est superflu maintenant de faire remarquer la fréquence. C'est une infection qui si on la laisse évoluer a une prédilection marquée pour le système artériel. Actuellement la notion d'anévrisme de l'aorte, d'aortite, implique tacitement l'idée d'injection syphilitique.

Si l'on décrit encore des aortites paludéennes, tabagiques, goutteuses, etc., la tendance actuelle est de faire jouer à la syphilis un rôle essentiel dans la constitution des aortites.

Enfin il est une maladie où l'on commence à soupçonner le rôle joué par la syphilis c'est la néphrite hypertensive.

Il y a longtemps que l'on a noté la coexistence de l'aortite syphilitique avec la néphrite hypertensive. Gallavardin fait remarquer qu'il serait illogique d'admettre deux étiologies différentes pour ces deux affections. Il est plus simple de penser que l'infection syphilitique s'est

localisée sur l'aorte et sur le rein et qu'il s'agit dans ces cas d'une néphro-aortite syphilitique.

Depuis longtemps l'on soupçonne la fréquence de la syphilis chez les hypertendus. Nous la trouvons relatée au Congrès de Budapest en 1909. Depuis cette époque en se basant surtout sur les réactions sérologiques en notre possession de nombreuses statistiques ont été édifiées.

Sur 107 malades hypertendus Heitz trouve la syphilis dans 18 % des cas.

Sur 117 cas Forges trouve 33 % de syphilis.

Sur 100 cas d'hypertension Ambard décèle la syphilis 78 fois.

Fiessinger trouve la syphilis dans 24 à 32 % des cas

Lenoir 33 % —

Letulle et Bayon 26 % —

Etienne 63 % —

Finck la note 37 fois sur 39 cas.

Mac Lester trouve un Bordet-Wassermann positif dans 17 % des cas

Stoll chez 50 malades trouve la syphilis dans 90 % des cas. Pour cet auteur la syphilis héréditaire devait être incriminée le plus souvent.

Dans une statistique de Castaigne portant sur 28 cas la syphilis est décelée 17 fois.

Vaquez et Lecomte dans un article paru dans le *Paris Médical* du 2 juillet 1921 rapportent que sur une statistique portant sur 1.000 cas, la syphilis était la cause la plus souvent rencontrée.

Lederman sur 32 cas trouve le Bordet-Wassermann 13 fois positif.

D'après Laubry et Parvu il est fréquent de trouver le Bordet-Wassermann positif chez les malades atteints d'artério-sclérose avec hypertension.

Miliau insiste sur la fréquence de l'hypertension chez les syphilitiques.

Aubry et Nanta font les mêmes observations.

Pour Brin et Giroux la fréquence de la syphilis chez les hypertendus est très grande.

Heitz observant des cas de syphilis héréditaire ayant dépassé trente ans constate souvent une forte hypertension permanente.

Enfin dès 1908 l'hypertension a été signalée par Dumont chez les paralytiques généraux et les tabétiques ce qui est du reste très normal vu l'extrême fréquence de l'aortite chez les tabétiques par exemple.

Nous voyons en comparant les chiffres ci-dessus quelles profondes divergences nous trouvons entre les différentes statistiques.

Il en est souvent ainsi quand on essaye de rechercher l'étiologie syphilitique d'une affection.

Certains auteurs pour affirmer la syphilis réclament la présence d'une réaction de Bordet-Wassermann positive ; d'autres se contentent d'une réaction au sérum frais, le Hecht par exemple. Or nous savons que très souvent, même chez des malades non traités, la réaction de Bordet-Wassermann et même la réaction de Hecht deviennent négatives au bout d'un laps de temps variable, en moyenne quinze à vingt ans et c'est généralement le

temps qui s'écoule entre l'injection syphilitique et l'apparition de l'hypertension.

D'autres rechercheront les effets de la syphilis sur la descendance, et donneront la plus grande importance à la notion de fausses couches en série à la polyéthylite infantile.

Enfin lorsque l'hypertension semble relever d'une syphilis héréditaire, la tâche du statisticien sera encore bien plus délicate. Les réactions sérologiques, même la réaction de Hecht qui a été accusée d'une sensibilité exagérée, seront le plus souvent négatives car il est bien rare d'avoir une réaction positive chez un hérédo-syphilitique ayant dépassé 20 ans même s'il présente des dystrophies dont l'origine syphilitique n'est plus mise en doute (dents d'Hutchinson par exemple).

Le médecin devra donc baser sa statistique sur les stigmates dentaires, sur les dystrophies, sur l'histoire familiale, sur l'histoire des gestations en particulier. On a dit avec juste raison que la gestation était pour la syphilis un moyen de contrôle plus sensible que les réactions sérologiques.

Dans ces conditions il est bien évident qu'une statistique est avant tout une œuvre personnelle, de là les très importantes divergences de chiffres que nous avons relevées.

Cependant en prenant les statistiques les plus défavorables qui sont généralement celles basées sur la réaction de Bordet-Wassermann positive, nous trouvons un pourcentage élevé de malades hypertendus chez qui l'infection syphilitique est prouvée d'une façon irréfutable.

Et connaissant la part considérable qu'il faut faire à la syphilis ignorée surtout chez la femme nous ne croyons pas nous avancer trop en disant qu'actuellement la syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente de l'hypertension et qu'on doit y penser sans cesse.

L'absence d'une réaction de Bordet-Wassermann positive n'implique nullement l'absence de l'infection syphilitique, maintenant que nous connaissons mieux l'inconstance et l'incertitude des réactions sérologiques.

Nous pensons donc que dans tous les états hypertensifs permanents dont l'étiologie est obscure l'on doit à *priori* suspecter la syphilis, de même dans les hypertensions modérées survenant chez des sujets jeunes, l'on devra faire une place très importante à l'hérédo-syphilis.

On a signalé chez les syphilitiques des accidents d'hypertension très précoces survenant dès la période secondaire. Tétratze et Miliau, Brin et Giroux en rapportent des cas. A cette période elle reste généralement rare.

Le plus souvent c'est chez le vieux syphilitique que nous trouvons l'hypertension artérielle ; c'est une manifestation tardive de l'infection contemporaine du tabès et de la paralysie générale. Souvent le chancre a été contracté vers 20 ans, soigné d'une façon plus ou moins active. Généralement le malade s'est contenté d'un traitement par pilules mercurielles. Puis l'accident primaire disparu, les accidents secondaires atténués, inexistantes ou inaperçus, le malade ne suit plus aucun traitement et passe dix, quinze, vingt ans d'une existence normale.

sans être aucunement gêné par sa syphilis. C'est vers 40 ans qu'il commence à ressentir quelques malaises, des essoufflements, des douleurs précardiales, de la céphalée.

A l'examen, on découvre une tension artérielle élevée. Mais le chancre syphilitique est un accident de peu d'importance que le malade a de bonne foi oublié.

L'hypertension syphilitique est donc une manifestation tardive de la syphilis ; sans doute le processus infectieux qui aboutira à l'hypertension avec tous ses symptômes a débuté bien avant que le malade ne soit amené à voir un médecin. Longtemps l'hypertension doit rester modérée, n'entraînant aucun signe pouvant mettre en éveil. Les cas signalés plus haut de Tétratze et Miliau, de Brin et Giroux montrent que l'hypertension est quelquefois un fait très précoce apparaissant dès la période secondaire.

En effet dans l'interrogation des malades nous entendons presque toujours dire que les premiers malaises remontent à plusieurs mois, quelquefois à plusieurs années. On relève des périodes de bonne santé apparente entrecoupées de périodes d'hypertension passagère ; ce n'est que peu à peu que l'hypertension s'établit et généralement lorsque le malade se décide à consulter un médecin, la maladie est déjà installée d'une façon permanente et la mesure de la tension montrera souvent un chiffre très supérieur à la normale.

Du reste l'on sera souvent étonné de voir des malades garder un état de santé relativement bon, avoir un minimum de malaises et présenter en même temps une tension artérielle très élevée.

Gallavardin après avoir observé un certain nombre d'hypertensions syphilitiques écrit : « Il semble que ce soit surtout chez les syphilitiques qu'on rencontre des chiffres de 25 à 30 de pression systolique avec des chiffres de 14, 15 et même 16 de pression diastolique. En effet nous verrons plus loin parmi les observations que nous avons pu réunir que les tensions très élevées ne sont pas rares parmi les syphilitiques. Nous avons même un cas où la pression maxima atteignait 35, limite de l'appareil qui nous servait.

Du reste si nous nous en remettons à l'autorité du professeur Vaquez, nous verrons qu'il écrit que l'hypertension des syphilitiques est souvent très bien tolérée, tout au moins dans sa forme pure. Pendant longtemps, elle est pour ainsi dire une trouvaille d'examen. Il reste cependant certain qu'au bout d'un laps de temps, plus ou moins long, cette hypertension pourra provoquer les accidents qu'elle entraîne ordinairement et amener un affaiblissement du myocarde qui ira en s'accroissant, le malade entrant peu à peu dans un état d'hyposystolie.

Si nous essayons de schématiser les différents types d'hypertensions syphilitiques que nous rencontrons le plus souvent, nous voyons que nous pouvons les classer en trois grands groupes :

1° Les aortites ;

2° Les néphroaortites et néphrites hypertensives syphilitiques ;

3° Les hypertensions solidaires.

Lorsque l'hypertension coexiste avec une aortite, l'étiologie syphilitique s'impose. Depuis que l'on a eu l'attention attirée sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie des aortites chroniques, la syphilis a pris peu à peu la part prépondérante et pour Brin et Giroux les lésions d'aortite chronique sont sous la dépendance de la syphilis tout comme le tabès et la paralysie générale auxquels d'ailleurs elles sont si souvent associées.

Quelquefois chez un malade atteint d'aortite on trouvera une tension artérielle normale, même si l'on se trouve en présence de lésions importantes, les faits ont été signalés par Vaquez et par Gallavardin. Cependant dans la grande majorité des cas, il y a hypertension et souvent hypertension très marquée.

Les travaux récents datant de ces vingt dernières années tendent à prouver la fréquence des néphroaortites syphilitiques; les observations se sont multipliées surtout à la suite des travaux de Tripier. En réalité entre cette classe de malades et la précédente, il n'y a pas de ligne de démarcation nette, l'on passe insensiblement de l'une à l'autre et la clinique nous montre tous les échelons intermédiaires.

Chez les uns, la syphilis frappe l'aorte respectant le rein, chez les autres les lésions rénales sont allées de pair avec les lésions aortiques revêtant un caractère de gravité variable. Il est inutile de faire remarquer que le pronostic sera beaucoup plus réservé dans les néphroaortites que dans les aortites. Il sera commandé par l'état fonctionnel du rein. Nous verrons plus tard lorsque nous aurons à parler du traitement antisypilitique dans les

hypertensions que c'est surtout dans cette classe de malades que nous aurons les plus grandes difficultés. C'est du reste chez eux que les résultats resteront les plus précaires.

A côté de ces néphroaortites où la coexistence de l'aortite permet de poser avec une très grande probabilité l'étiologie syphilitique, nous rangerons les néphrites hypertensives. Il est évident que dans ce cas le rôle de la syphilis sera souvent très difficile à mettre en lumière. La question des rapports de la syphilis avec la néphrite hypertensive est encore très discutée. Nous ne savons pas exactement le rôle que joue soit la syphilis acquise soit l'hérédosyphilis. Dans les cas douteux nous serons en droit d'instituer un traitement d'épreuve, traitement très doux et très progressif qu'il faudra savoir interrompre si nous voyons qu'aucun résultat ne vient couronner nos efforts.

Enfin il est une troisième série de malades hypertendus chez qui nous révélerons l'origine syphilitique, en dehors de toute lésion aortique et rénale. C'est ce qu'on a appelé les hypertensions solitaires.

Chez ces malades l'hypertension semble être véritablement toute la maladie ; tous les symptômes que l'on relève peuvent lui être rapportés. Si la syphilis est ignorée, si la réaction sérologique est négative, le traitement d'épreuve fournira parfois un argument précieux pour affirmer l'étiologie syphilitique.

Dans ces cas d'hypertensions solitaires l'auscultation de l'aorte ne montre rien pas plus que l'examen radiologique. Il est possible qu'il s'agisse de lésions de la partie descen-

dante du vaisseau qui échappe à nos investigations. Parfois il s'agit d'aortite latente qui sera une découverte d'autopsie.

Nous avons vu la large part que l'on tend à faire actuellement à la syphilis dans l'étiologie des hypertensions.

Le traitement classique de l'hypertension sera toujours mis en œuvre, les malades bénéficieront toujours d'une hygiène, d'un régime, de cures hydro-minérales.

Cependant nous croyons que le médecin, après avoir institué le traitement du syndrome hypertension, devra essayer de déceler si une infection syphilitique comme latente ou héréditaire n'est pas à la base de la maladie.

Les indications thérapeutiques qui en découlent sont d'une importance capitale puisque nous possédons des traitements spécifiques d'une efficacité très grande.

Nous estimons que la syphilis doit être recherchée chez ces malades d'une manière systématique.

Cette recherche ne sera pas basée seulement sur l'interrogatoire et la réaction sérologique. Nous savons que la réaction de Bordet-Wassermann et même la réaction de Hecht deviennent négatives normalement au bout d'un certain nombre d'années, même chez des malades qui n'ont reçu aucun traitement. Nous avons déjà fait remarquer que l'hypertension est une manifestation tardive de la syphilis, souvent des malades auront des réactions négatives. Nous attacherons une très grande importance pour la recherche de la syphilis à l'histoire des gestations et de la descendance des malades. Les fausses-

couches en série, les mort-nés, la polyléthalie infantile sans cause déterminée ont pour nous la même valeur qu'une réaction sérologique négative.

Si la syphilis acquise ne peut être incriminée, on s'attachera à rechercher la syphilis héréditaire. Les réactions sérologiques n'auront plus alors qu'un intérêt tout à fait secondaire, presque toujours elles seront négatives. Mais l'on ne compte plus les cas de syphilis héréditaire donnant des lésions considérables (destructions osseuses, exostoses, gomme, etc.) alors que la réaction sérologique est négative, cette réaction étant parfois positive chez les collatéraux lorsqu'ils paraissent jouir d'une santé normale. Quand on soupçonne l'existence de l'hérédosyphilis il faudrait pouvoir pratiquer des examens sérologiques aux parents et aux collatéraux, ces recherches sont souvent impossibles. Dans ces cas la recherche des stigmates dentaires, la notion du rachitisme infantile, l'histoire familiale pourront seuls nous éclairer. Du reste nous verrons plus loin que dans les hypertensions de la syphilis héréditaire le traitement spécifique sera souvent inefficace.

Pour le traitement des hypertensions syphilitiques on ne peut formuler des règles fixes, chaque malade est un cas particulier demandant une thérapeutique particulière.

L'idéal serait de faire un traitement actif en essayant d'atteindre les doses des traitements de stérilisation de la syphilis. Gallavardin conseille dans les cas fréquents

d'aortite avec hypertension de ne pas être timoré, de traiter ces malades comme des syphilitiques malgré l'hypertension.

Cependant il ne faut pas oublier que le plus souvent nous nous trouvons en présence de malades d'une cinquantaine d'années. Nous devons tenir compte de l'état fonctionnel des reins et du foie. Fréquemment la syphilis aura frappé ces deux organes. Souvent aussi des habitudes éthyliques plus ou moins anciennes seront venues ajouter leurs effets nocifs et contribuer à faire de ces malades des individus dont l'organisme est toujours en état d'équilibre instable. En réalité c'est l'état des émonctoires qui devra diriger le médecin. L'art consistera à ne pas dépasser la tolérance de l'organisme.

Il est évident qu'il est des cas où le traitement spécifique est impossible. Si nous nous trouvons en présence de malades qui sont déjà entrés dans la phase d'urémie avancée avec défaillance du myocarde, le traitement arrivera trop tard et il pourra être dangereux.

Il faut faire remarquer que chez ces malades un traitement institué à temps eût enrayé l'évolution de la maladie ou eût retardé d'une façon considérable l'apparition des accidents.

Cependant l'azotémie ne doit pas être une courte indication au traitement spécifique ; il y a des observations de malades présentant une azotémie de deux à trois grammes qui ont supporté des traitements par les arsénobenzènes et purent être prolongés bien au delà du terme que le taux de leur azotémie leur assignait.

On ne devra donc pas renoncer trop facilement au

traitement antisyphilitique. Gallavardin écrit que ni l'existence d'une hypertension très élevée, ni l'albuminurie, ni l'insuffisance cardiaque ne doivent être à eux seuls une contre-indication formelle.

Toutefois en instituant le traitement antisyphilitique chez un hypertendu on doit savoir que le résultat reste toujours incertain même si la syphilis est prouvée. Nous ne connaissons pas le mode d'action du médicament. Il est impossible de dire à l'avance si les lésions sont influençables ou non, si le traitement amènera une baisse de la tension artérielle ou non. Mais il est certain que si le traitement est bien toléré il a des chances d'être utile.

A côté des deux vieux médicaments de la syphilis, l'iode et le mercure, sont venus les arsénobenzènes et le bismuth et ces derniers ont rapidement pris la première place.

L'iode est la médication classique de l'artériosclérose, son absorption par la voie digestive rend son usage commode. Le traitement des hypertensions spécifiques par l'iode reste une médication facile à mettre en œuvre mais d'une efficacité restreinte. Aussi nous lui préférons le mercure, l'arsenic et le bismuth.

Nous avons employé le mercure sous forme de sels solubles. Le cyanure de mercure, grâce à son action diurétique, peut avoir des indications surtout lorsque l'hypertension est symptomatique d'une néphrite. La médication mercurielle permet d'instituer un traitement doux que l'on peut graduer facilement. Chez ces malades, plus que chez tous autres, l'on devra surveiller l'état de la bouche et l'apparition d'une stomatite.

Pendant longtemps on a proscrit les arsénobenzènes chez les hypertendus, on donnait comme raison que les arsénobenzènes étaient hypertenseurs, et l'on préférait soigner ces malades par le mercure. De plus on avait tendance à regarder les arsénobenzènes comme le médicament du début de la syphilis. On hésitait à l'employer chez des individus chez qui la tolérance était incertaine.

Cependant en 1917, Mrs Aubry et Nanta présentent à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie cinq cas d'hypertensions syphilitiques traités par les arsénobenzènes. Ils concluent que l'arsenic agit très rapidement et donne des améliorations qui n'avaient pu être obtenues avec les autres médications.

Dans les observations que nous présentons les arsénobenzènes ont été souvent employés même chez des malades âgés. La progression des doses est très faible, la première injection étant de 0 gr.05 de 914, la dose étant augmentée chaque fois de 0 gr.05. De cette façon on s'assure de la tolérance de l'organisme ; et, si aucun trouble ne survient l'on est en droit de terminer les séries d'injections par des doses de 0 gr.75. Si l'atteinte rénale se traduit par de l'albuminurie nous pratiquerons des analyses d'urine en série. L'albuminurie qui augmente souvent après l'injection devra retomber à son taux antérieur quatre jours après.

De cette façon en surveillant les urines, en progressant lentement nous pensons que les arsénobenzènes sont une médication aussi précieuse pour le traitement des hypertensions syphilitiques que pour le traitement de toutes les autres manifestations de la syphilis.

La médication bismuthique est encore trop récente pour que l'on puisse porter un jugement définitif sur ses résultats. Nous avons employé chez nos malades différentes préparations bismuthiques et nous avons eu des résultats très satisfaisants. La médication bismuthique est plus maniable que celle par les arsénobenzènes. Elle réclame une surveillance moins suivie. Nous l'avons employée de préférence chez les hypertendus âgés, chez les obèses, chez les individus ayant présenté un début d'érythrodermie arsenicale ou ne supportant pas les arsénobenzènes. Nous n'avons jamais eu à interrompre le traitement par intolérance médicamenteuse. Pourtant les doses employées furent celles d'un traitement actif environ 0 gr.30 de bismuth métal par semaine.

Il nous semble donc que le bismuth par sa maniabilité, par sa tolérance mérite une place importante dans le traitement des hypertensions syphilitiques. Les hypertendus sont des malades à soigner longuement et après une ou deux séries d'arsénobenzènes, le bismuth permettra de prolonger la médication sans danger.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D..., Joseph, 59 ans, vient consulter à l'hôpital Boucicaut le 27 mars 1923 pour toux, céphalée, essoufflement.

Il raconte que depuis plusieurs mois, il se sent de plus en plus essoufflé, qu'il a des maux de tête constants surtout dans la position couchée. On lui prescrit un régime hypoazoté peu strict (viande deux à trois fois par semaine). Il n'en retire aucun résultat appréciable. L'interrogatoire nous apprend qu'il a eu la syphilis à 22 ans soignée par des pilules mercurielles. Il a eu autrefois des habitudes éthyliques.

Examen. — T. A. au Pachon : maxima plus de 35 ; minima plus de 157.

Pas de lésions valvulaires.

Leucoplasie jugale très marquée.

Réflexes : pupillaires, achilléens, et rotatoires, normaux.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Dosage d'urée dans le sang : 0 gr. 40

Hecht : 0 gr. 00.

Le malade est au traitement par l'énésol.

Du 27 mars au 16 avril 1924 : 15 piqûres.

Il continue à suivre son régime ordinaire légèrement hypo-azoté.

Le 16 mai 1924 : T. A. 25/15 au Pachon.

Il se sent bien mieux, les céphalées sont moins fortes, il n'a plus d'essoufflement.

Du 16 au 26 mai 1924 : 10 piqûres d'énésol.

Le 26 mai T. A. 23/12 au Vaquez.

Le 28 juin A. A. 21/11 au Vaquez.

Du 3 juillet au 14 août 1924 : 12 injections de 3 centimètres cubes de Quinby deux fois par semaine.

Le 24 octobre : T. A. 22/11 au Pachon.

La sensation de bien-être du malade continue.

La joue n'est plus congestionnée. Plus de céphalée ni d'essoufflement.

Il semble bien que dans ce cas nous nous soyons trouvé en présence d'un cas d'artérite assez évolutive, rapidement calmée par le traitement.

Nous avons conseillé au malade de venir tous les six mois faire contrôler sa tension et recevoir une série de piqûres pour consolider l'amélioration.

A son premier examen la T. A. excessivement élevée, plus de 35 que nous avons relevé, peut être mise sur le compte d'une crise hypertensive passagère. Cependant même en tenant compte de cet élément passager, le traitement antisypilitique a ramené la T. A. progressivement à 24 puis à 21. La cessation des phénomènes de dyspnée, de céphalée a été obtenue très rapidement.

Il semble bien que nous nous trouvions dans ce cas en présence de ce que l'on a appelé l'hypertension solitaire.

Après avoir obtenu une baisse de la T. A. jusqu'aux environs de 21 pour la maxima et de 11 pour la minima, il est peu probable que la continuation d'un traitement même relativement

intensif, comme celui reçu à la fin par le malade (série de 12 Quinby) amène une baisse plus marquée de la T. A.

OBSERVATION II

R... André, 46 ans, entre à l'hôpital Boucicaud le 27 janvier 1922 pour hémoptysie abondante.

T. A. 22-10.

On fait une saignée de 200 grammes.

Le malade reste huit jours à l'hôpital.

Une radio faite à cette époque montre de l'aortite.

Le Wassermann type est entièrement positif.

Urée sanguine : 0,45 par litre.

L'interrogatoire montre que le malade ignore la date de l'injection syphilitique.

Cependant il s'agit très vraisemblablement d'une syphilis acquise. Rien dans les antécédents héréditaires ou collatéraux ne permettant de penser à une syphilis héréditaire.

Urines : sucre 0 ; albumine 0.

Le malade se plaint d'essoufflement rapide de céphalées. On note des leucoplasies jugales et un souffle systolique aortique.

Il est mis au traitement par le 914 en commençant à 0 gr. 15 et en montant de 0 gr. 05 en 0 gr. 05.

28 mai	1922, novarsénobenzol :	0,15
31	— — — — —	0,20
3 juin	— — — — —	0,25
9	— — — — —	0,30
16	— — — — —	0,35 T. A. 16,5/8
25	— — — — —	0,40
30	— — — — —	0,45 T. A. 16/9

7 juillet 1922, novarsénobenzol : 0,45 T. A. 15,5/10

18 — — — — — 0,45

25 — — — — — 0,60 T. A. 15,5/8

Le 5 septembre 1922 : T. A. 15/9 ; du 5 septembre au 24 octobre 1922 : 0,15, 20, 30, 30, 30, 45, 45, 60, 60.

Arrêt du traitement, début d'érythrodermie, démangeaisons.

La T. A. reste stationnaire vers 16/10.

Du 13 novembre 1922 au 7 janvier 1923 : 0,15, 30, 45, 60, 70, 70, 70, 70.

La T. A. oscille entre 16/10 et 13/8.

Du 22 janvier au 11 mars 1923 : 0,15, 0,30, 45, 60, 70, 75, 75, 75 ; la T. A. oscille entre 16/10 et 13/9.

L'état général du malade est bon ; il ne se plaint plus d'aucun malaise.

La réaction de Hecht pratiquée le 9 juillet 1923 est négative du 12 juillet au 27 août 1923 : 0,15, 20, 35, 30, 30, 45, 60, 60.

Le malade supporte mal le traitement.

T. A. 16/9.

Du 17 septembre au 29 octobre 1923 : 0, 15, 30, 45, 60, 70, 70.

Arrêt du trait., prurit, lésions eczématives des jambes.

Le 27 octobre 1923 : T. A. : 15/10 ; Hecht : 00 ; urée : 0,36 par litre.

Mis au Quinby.

Trois séries de 15 piqûres avec trois semaines d'arrêt entre chaque série.

La T. A. est stabilisée entre 15/10 et 13/9.

Dans le cas de ce malade, nous avons eu affaire à une néphro-aortite syphilitique comme le montre la constatation de l'aortite et la constatation d'une urée sanguine ou de 0,47

malgré le régime hypoazoté qui lui fut conseillé à sa sortie de l'hôpital, après son hémoptysie initiale.

Ce malade qui présentait un Bordet-Wassermann entièrement positif a été soigné comme un syphilitique, recevant 6 séries de novarsénobenzol.

La seule précaution prise fut de monter les doses progressivement de 0,05 en 0,05.

Dès le début du traitement en même temps que la T. A. baissait de 3 ou 4 centimètres de mercure, le malade constatait un bien-être général et une diminution de la dyspnée et des céphalées.

A la fin du traitement la T. A. est stabilisée à 15/10. Le Hecht est 00. L'urée sanguine est à 0,36 par litre. Le malade suivant toujours le même régime légèrement hypoazoté et peu strict.

OBSERVATION III

B... Octavie, 44 ans, vient consulter le 23 janvier 1922 pour palpitations cardiaques.

Se plaint depuis plus de vingt ans de crises, de douleurs dans l'anse cardiaque avec irradiation dans le dos et dans le bras gauche.

A eu 5 gestations :

1^o Fausse-couche de 6 semaines ;

2^o Garçon actuellement âgé de 18 ans (blond vénitien) ;

3^o Fausse-couche de 2 mois 1/2 ;

4^o Fausse-couche de 2 mois ;

5^o Fille de 9 ans 1/2.

Son mari est bien portant mais se plaint de maux de tête fréquents et violents.

Dans les antécédents héréditaires on relève : mère morte à 35 ans de tuberculose pulmonaire ; père atteint de varices, avec ulcères, congestion cérébrale à 61 ans.

La malade déclare avoir contracté la syphilis par une vaccination de bras à bras. Elle aurait eu à cette époque une éruption secondaire.

L'examen des urines ne montre ni sucre, ni albumine.

L'auscultation du cœur ne montre l'existence d'aucun souffle. Le deuxième bruit est très clangoreux.

La tension artérielle est de 31/15.

Le Hecht pratiqué le 23 janvier 1922 est négatif.

La malade est mise au traitement arsénical en commençant à 0,05 et en augmentant les doses de 0,05.

Du 28 janvier au 6 mars 1922, la malade reçoit 10 piqûres de novarsénobenzol de 0,05 à 0,50.

À la cinquième piqûre la T. A. est de 29/15 ; à la dixième de : 26/15.

Le 20 mars 1922, quinze jours après sa dernière piqûre, la T. A. est de 24/14.

La malade accuse une sensation de bien-être, les douleurs précordiales deviennent rares et bien moins violentes.

Du 30 mars au 8 mai 1922, 6 piqûres d'arquéritol. La T. A. au Vaquez reste à 24/13.

Chez cette malade malgré une réaction de Hecht négatif le traitement antisyphilitique a été institué.

La preuve de la syphilis ne peut évidemment pas être apportée. Pourtant sans faire état des dires de la malade qui déclare avoir contracté une syphilis vaccinale, le fait que sur

cinq gestations, trois se sont terminées par des fausses couches doit constituer une présomption suffisante pour instituer un traitement d'épreuve, l'existence d'une pression systolique et diastolique très élevée étant aussi un argument en faveur de l'étiologie syphilitique.

Le traitement a amené une amélioration rapide et une baisse très importante de la T. A.

Cependant il y a intérêt dans ce cas à traiter le malade régulièrement pour éviter le retour des accidents. L'ancienneté de l'infection, la prudence que l'on doit conserver pour l'importance des doses ne permettant pas de parler de la stérilisation de la maladie.

OBSERVATION IV

B... Justin, 62 ans, vient consulter pour dyspnée.

Aurait eu un chancre dans sa jeunesse.

Examen. — 26 décembre 1921.

Battement de la crosse aortique.

Danse des artères.

Double souffle à l'orifice aortique.

Insuffisance aortique et aortite.

T. A. 26/9.

La réaction de Hecht le 26 décembre 1921 est entièrement positive.

Le malade est mis au traitement arsénical.

Du 2 janvier au 20 février 1922 il reçoit 9 piqûre de 914 de 0,15 à 0,75.

A la 5^e piqûre T. A. 25/9

A la 6^e — T. A. 22/8

A la 7^e piqûre T. A. 20/7

A la 9^e — T. A. 18/6

Le malade revient pour une deuxième série le 6 mars 1923,
a T. A. est de 18/6.

Il interrompt le traitement au milieu de la deuxième série,
part de Paris.

En résumé, il s'agit d'un cas de maladie de Hodgson classique

L'étiologie syphilitique ne saurait être mise en doute.

L'écart entre la pression systolique et diastolique est considérable.

Le traitement arsénical pratiqué comme pour un syphilitique ordinaire avec la progression habituelle des doses amène rapidement une chute de la pression maxima et minima, la minima ne s'abaisse que de 3 centimètres de mercure alors que la maxima baisse de 8 centimètres de mercure.

Ce cas prouve que même dans une syphilis très ancienne jamais traitée, ayant déjà donné des lésions définitives telles qu'une insuffisance aortique même chez un malade de 62 ans, un traitement intensif peut être parfaitement toléré et peut amener un résultat très favorable objectivement mesuré par une baisse importante de la T. A.

OBSERVATION V

M... Marie, vient consulter pour bronchite et essoufflement.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

A eu 9 gestations : 3 faussés-couches ; 2 morts du croupe,
1 mort de méningite à 15 mois ; 1 mort-né ; 2 vivants.

Pupilles inégales. Signes d'Argyll-Roberstson.

Réflexes rotatoires et achilléens normaux.

Bordet-Wassermann et Hecht positifs dans le sang.

Ponction lombaire : Tension normale.

Albumine : 0,56

Lympho : 20

Bordet-Wassermann + +

Benjoin à type tabes.

T. A. 27/15.

Urée : 0,42.

Pas de signes d'aortite.

La malade est mise au traitement arsénical.

1^{re} série : du 28 mai au 9 juillet 1923, 8 piqûres de novarsénobenzol de 0,15 à 0,90.

2^e série : du 2 août au 3 septembre 1923, 7 piqûres de novarsénobenzol de 0,30 à 0,90.

Légère érythrodermie. T. A. 26/14. Le Hecht est + +.

Du 1^{er} octobre au 29 novembre 1923, 18 injections de Quinby 3 centimètres cubes.

T. A. 21/13 ; Hecht, + +.

La malade se sent mieux.

Du 3 janvier au 3 mars 1924, 18 injections de Quinby.

T. A. 21/12.

L'amélioration persiste.

Urée 0,35.

La malade reçoit par la suite deux autres séries de Quinby de 18 injections de 3 centimètres cubes qu'elle supporte très bien.

La tension artérielle reste immuablement fixée à 21/12.

La réaction de Hecht dans le sang est toujours entièrement positive.

Il s'agit dans ce cas d'une syphilis tardivement décelée, qui a profondément touché le système nerveux.

L'hypertension est un phénomène accessoire.

La malade est traitée comme une syphilis nerveuse c'est-à-dire par des séries interrompues d'injections, séparées par trois semaines de repos au maximum. La médication arsénicale a dû être abandonnée étant mal supportée.

La tension artérielle qui était au début de 27/15 est descendue à 21/12 et reste fixée à ce chiffre malgré l'intensité du traitement.

OBSERVATION VI

D... Joséphine, 46 ans, vient consulter pour épistaxis répétés.

Depuis longtemps se plaint de maux de tête.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 50 ans de congestion cérébrale. Mère morte à 72 ans d'affection hépatique.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

A eu cinq enfants dont trois sont vivants et bien portants.

Deux sont morts de cause accidentelle (plegmon du cou, angine diphtérique).

Examen. — Le 1^{er} février 1924 :

Appareil pulmonaire normal.

Appareil cardio-vasculaire : érétisme cardiaque ;

— deuxième bruit clangoreux

— T. A. 26/10.

Réflexes rotuliens et achilléens : normaux.

Pupilles égales réagissant.

Urine : sucre : 00 ; albumine : 00.

Hecht : ++ ; dosage d'urée dans le sang : 0 gr. 31.

L'existence de l'infection syphilitique était ignorée.

La malade est mise en traitement arsénobenzolique.

A la troisième piqûre de 0 gr. 45, érythémie passagère.

On fait deux autres piqûres de 0 gr. 45 et l'on doit cesser le traitement à cause de l'intolérance de la malade (nausées, maux de tête).

La malade est mise au bismuth, et reçoit du 25 février au 15 mai 1924 une série de 18 injections de 3 centimètres cubes de Quinby.

Le 23 juin 1924, le Hecht est toujours + +.

La T. A. est à 19/10.

Dès le début du traitement au Quinby la malade s'est sentie très améliorée, les céphalées ont diminué, elle n'a plus eu d'épistaxis.

Du 26 juin au 7 août 1924, deuxième série de 12 injections de 3 centimètres cubes de Quinby.

Le 9 octobre 1924, le Hecht est 3/4 3/4.

La T. A. est de 18/10.

La malade est actuellement en cours de traitement et reçoit une troisième série de Quinby.

En résumé il s'agit d'une personne de 46 ans se présentant avec une T. A. à 26/10, et des céphalées des épistaxis. L'infection spécifique était complètement ignorée.

Elle est prouvée par 3 réactions sérologiques positives pratiquées à plusieurs mois d'intervalle, la troisième réaction étant partiellement positive à la suite de deux séries de Quinby.

Le traitement a eu sur la T. A. un effet rapide. Les épistaxis les céphalées ont rapidement cédé. La T. A. minima est restée invariable à 10. La maxima baissant de 26 à 19 puis à 18.

OBSERVATION VII

P... Fernande, 28 ans, vient consulter le 22 octobre 1923 pour mauvais état général, céphalées mauvaises digestions, asthénie.

Elle se plaint de palpitations cardiaques, de dyspnée surtout marquée le soir.

Pas de syphilis connue.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Mariée depuis sept ans.

Examen : Réflexes normaux.

Pas de lésions valvulaires.

T. A. 21/16.

Urines : albumine, néant ; sucre, néant.

Hecht le 22 octobre 1/2 3/4.

Du 29 octobre 1923 au 15 novembre 1925 la malade reçoit 6 piqûres de 914 de 0 gr. 15 à 0 gr. 90.

Le 15 novembre 1923 la T. A. est 14 1/2 10 1/2.

Le 6 décembre 1924 le Hecht est 1/2 3/4.

Le traitement par le 914 est repris puis abandonné à la deuxième piqûre pour érythémie. La malade est mise au Quinby.

Décembre 1924. L'état général est parfait, la tension normale.

Il s'agit probablement d'une syphilis inconnue, la malade est venue consulter pour des accidents d'hypertension. Le traitement arsénical a amené une amélioration rapide.

Les cas que nous avons présentés sont extraits d'un nombre assez considérable d'observations de malades traités pour hypertension syphilitique. Nous avons rapporté ceux chez qui le traitement a amené une baisse de la tension artérielle.

Nous devons reconnaître que chez un certain nombre d'hypertendus syphilitiques le traitement étiologique n'a amené aucune chute de la tension artérielle. Souvent ces malades ont vu leurs céphalées, leur dyspnée s'atténuer et ont pu reprendre une existence active bien que gardant une tension artérielle élevée avec une maxima souvent supérieure à 20.

Chez d'autres le traitement après avoir amené une chute rapide de la tension artérielle voit son effet s'arrêter. La tension artérielle se stabilise à un niveau élevé et cette hypertension reste irréductible. Le traitement antisypilitique même actif n'amènera plus aucune chute de la tension artérielle.

Tout se passe comme si après avoir arrêté l'évolution des lésions en activité la médication se trouvait devant des lésions anciennes irréductibles, définitives.

Nous pensons cependant que le traitement antisypilitique ne doit pas être arrêté dès que l'on s'aperçoit qu'il n'a plus aucun effet sur la tension artérielle. Comme l'ont déjà fait remarquer Aubry et Nanta, les rechutes sont fréquentes chez les hypertendus qui sont généralement de vieux syphilitiques on ne peut parler de stérilisation de l'injection, mais le traitement doit être continué suffisamment longtemps pour que la lésion souvent

inconnue, cause de l'hypertension, puisse être considérée comme éteinte et non seulement endormie.

Parmi les malades traités pour hypertension, nous avons relevé très fréquemment pour cause une syphilis héréditaire. C'est du reste l'avis de tous ceux qui ont étudié la question et dernièrement M. Laubry écrivait que dans l'hypertension il fallait faire jouer un rôle « moins à la syphilis acquise qu'à la syphilis héréditaire ».

C'est principalement chez les sujets jeunes que l'hypertension doit faire suspecter l'hérédo-syphilis.

Nous avons relevé plusieurs cas d'hypertension avec aortite chez des malades n'ayant pas 25 ans, le traitement antisyphilitique par les arsénobenzènes ou le bismuth n'a amené aucune chute de la tension. Nous pensons que ces faits prouvent simplement que le traitement a été institué trop tardivement. Si ces malades avaient été traités dans leur jeunesse ou dès leur naissance d'une manière active et continue jusqu'à stérilisation de l'injection, il est fort probable qu'ils n'eussent pas présenté d'hypertension vers l'âge de 20 ans. Chez beaucoup de ces malades l'hérédo-syphilis est une infection atténuée qui disparaît après avoir frappé divers organes de l'individu. Il eut suffi de deux ou trois séries arsénicales pour obtenir la stérilisation dans l'enfance et éviter toute lésion. Nous avons pu voir d'autre part que dans les hypertensions de la syphilis acquise il s'agissait le plus souvent de malades non traités ou ayant reçu des traitements très insuffisants ; un traitement suffisamment actif et prolongé à défaut de la stérilisation eut sans doute

empêché l'apparition de l'hypertension. La règle pratique qui découle de ce fait est que chez tout syphilitique ayant reçu un traitement insuffisant il est prudent de reprendre une médication même s'il paraît en état de parfaite santé. On évitera aussi les complications tardives, l'hypertension artérielle étant peut-être la plus souvent rencontrée

CONCLUSIONS

1° De toutes les causes d'hypertension, la syphilis est la plus fréquemment rencontrée. Elle sera recherchée avec soin chez tout malade hypertendu.

2° L'hypertension étant une complication tardive de la syphilis et les réactions sérologiques ayant pu devenir négatives, l'on essaiera de déceler par la recherche des stigmates, par l'histoire familiale et par l'histoire des gestations en particulier l'existence d'une syphilis acquise ou héréditaire.

3° A côté du traitement symptomatique classique, l'hypertendu syphilitique sera traité comme un syphilitique mais avec la prudence nécessaire. La tolérance de l'organisme et l'état des émonctoires conditionnera l'intensité du traitement.

4° Le traitement antisiphilitique dans les hypertensions dues à une syphilis acquise donne sur l'état de la tension artérielle des résultats très inconstants.

Certaines hypertensions retombent à la normale.

D'autres après une baisse se stabilisent à un niveau élevé.

D'autres ne sont nullement influencées.

5° Le traitement antisiphilitique semble avoir beaucoup moins d'influence sur l'état de la tension artérielle chez les hypertendus hérédo-syphilitiques.

6° Le traitement antisypilitique, même s'il n'amène pas une baisse de la tension artérielle, provoquera souvent une sédation des symptômes qui lui sont rapportés et s'il est bien toléré a toutes les chances d'être utile.

Vu : le Président de la thèse

ACHARD

Vu : le Doyen,
G. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- AMBLARD. — 100 hypertendus de 30 à 65 ans.
- STOLL. — Rôle de la syphilis dans les maladies cardio-vasculaires hypertensives (*American journal of the mech. Sciences*, août 1915).
- ILAGER. — Sur la cause des hypertensions artérielles (*Munch. Med. Woch.*, 1915).
- WERTILEN ET HENYEZ. — Néphrite hypertensive et syphilitique (*Soc. Anal.*, juin 1914).
- LIAN ET VERNE. — Rôle étiologique de la syphilis dans les aortites et dans la néphrite hydrurique (*Presse médicale*, 14 mars 1914).
- LEVISON. — Résultat du traitement antisypilitique dans l'hypertension des syphilitiques (*Journal Amer. Méd. Assoc.*, 2 sept. 1916).
- AUBRY ET NANTA. — Traitement des hypertensions syphilitiques par les arsénobenzènes (*Société française de dermatologie et syphiligraphie* 1917).
- GALLAVARDIN. — La tension artérielle.
- BRIN ET GIROUX. — Syphilis du cœur et de l'aorte.
- MAC LESTER. — Cause de l'hypertension artérielle et influence de la syphilis.